Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schwangerschaft.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 6 August 1892

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Emil Weppler

aus Barmen.

OPPONENTEN:

Herr cand. med. Stabi.
„ Dr. med. Pritzel.
„ „ „ Warmburg.

BERLIN.

Druck von Emil Streisand, Berlin C., Seydelstrasse 29.

1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535713_0086

Seinen lieben Eltern

in dankbarer Liebe

gewidmet

vom

Verfasser.

Obwohl auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie der Schwangerschaft in den letzten Jahren beachtenswerthe Fortschritte gemacht worden sind, so bedürfen doch noch manche Punkte bis zur vollkommenen Aufklärung einer eingehenden Untersuchung. Hierzu einen Theil beizutragen, ist der Zweck der vorliegenden Arbeit. Verfasser derselben, welcher ein halbes Jahr lang als Coassistent an der gynaekologischen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik beschäftigt war, hatte während dieser Zeit Gelegenheit, eine grosse Anzahl von pathologischen Schwangerschaften zu sehen und zu beobachten. Von diesen wurden unter der gütigen Leitung von Hrn. Dr. Winter, dem verehrten früheren Chef und Lehrer des Verfassers, alle diejenigen behufs genauerer Beobachtung ausgewählt, welche durch Blutungen aus dem Cavum uteri complicirt waren, sowie sämmtliche Fälle von Retention der ganzen Placenta. Die Zahl der ersteren beläuft sich auf 50, die der letzteren auf 20. Das Ergebnis dieser Beobachtungen bringt die vorliegende Arbeit.

I. Die Blutungen in der Schwangerschaft.

Aetiologie: Die Ursachen, welche zu einem Abort führen können, sind bekanntlich ungemein zahlreich und werden gewöhnlich eingetheilt in solche, die vom

Ei und in solche, die von der Mutter ausgehen. Diese Eintheilung war auch für mich bezüglich der Entstehung von Blutungen in der Schwangerschaft anfangs maassgebend. Im Laufe meiner Beobachtungen bin ich aber mehr und mehr zu der Überzeugung gekommen, dass sich alle Haemorrhagieen von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus erklären lassen, den ich in der Endometritis gefunden zu haben glaube. Von einigen weiter unten zu besprechenden Ausnahmefällen abgesehen, die in sehr heftigen Traumen oder in criminellen Eingriffen bestehen können, glaube ich den Satz aufstellen zu können: Keine Blutung ohne Endometritis. Selbstverständlich bestehen häufig neben dieser auch noch andere Störungen, wie Placenta praevia, Retroflexio uteri, Syphilis u. a., ja ein Theil derselben kann erst zur Ausbildung der Schleimhautentzündung Veranlassung gegeben haben, immer aber ist die directe Ursache der Blutungen in letzterer zu suchen. Unter meinen Fällen gelang es mir zwar nur in 38, mit Sicherheit eine Endometritis nachzuweisen, in 11 weiteren war dieselbe aber sehr wahrscheinlich, in einem fehlte jeder Anhaltspunkt.

Was die Diagnose der Endometritis anlangt, so lässt sich dieselbe aus den Symptomen stellen, welche schon vor der Conception bestanden, ferner aus denen, die sich im Verlaufe der Gravidität entwickelten, und endlich aus dem pathologisch-anatomischen Befunde. Konnte ich an der Decidua makroskopisch Wucherungen und Verdickungen, mikroskopisch eine glanduläre oder interstitielle oder eine aus beiden Arten bestehende Entzündung der Decidua mit kleinzelliger Infiltration nachweisen — was mir fast ausnahmslos gelungen ist — so war die Diagnose gesichert. In allen Fällen aber, wo ich keine Placenta

zu Gesicht bekam, habe ich, wenn schon vor der Conception die ausgesprochenen Symptome einer Schleimhautentzündung vorhanden waren, diese auch für die Schwangerschaft angenommen. Traten jene aber erst nach der Conception ein, so nahm ich Endometritis immer an, wenn neben Ausfluss, Blutung und Schmerzen noch Hydrorhoe oder Hyperemesis constatirt wurde. Aber auch ohne die letzteren halte ich den Verdacht auf Endometritis, namentlich bei spontanem Eintritt von Blutungen und Ausfluss, für durchaus gerechtfertigt, weil es mir in 9 derartigen Fällen gelungen ist, durch den objectiven Befund die Erkrankung der Decidua nachträglich festzustellen. Diese Thatsache berechtigt wohl zu dem Schlusse, auch bei den Patientinnen mit ähnlichen Symptomen eine Endometritis als wahrscheinlich anzunehmen, bei denen ich keine Nachgeburt zu sehen bekam. Jedenfalls ist aber hierdurch der Beweis erbracht, dass man wenig darauf geben kann, wenn vor Eintritt der Schwangerschaft keine Zeichen einer Schleimhautentzündung vorhanden sind.

Das Wesen dieser Erkrankung besteht bekanntlich in einer abnormen Verdickung der Decidua, sowie in einer ungewöhnlichen Brüchigkeit der Gefässe. Diese ist es, welche uns die Entstehung von Blutungen so leicht verständlich macht und als die eigentliche Ursache derselben anzusehen ist. Wirkt auf die leicht zerreisslichen Gefässe von aussen oder innen, mit anderen Worten, in Form einer Erschütterung oder Blutdrucksteigerung ein Trauma ein, so wird eine mehr oder weniger ausgedehnte Gefässzerreissung die natürliche Folge sein. Dieselbe wird der Stärke des Trauma's und dem Grade der Erkrankung entsprechen. Nun wäre es ja theoretisch denkbar, dass

bei äusserst heftigen Erschütterungen auch ohne die letztere Haemorrhagieen hervorgerufen werden könnten, doch sprechen der vorzügliche Schutz, welchen die Natur dem Ei verliehen hat, sowie manche Erfahrungen dagegen, wie die, dass gesunde Frauen, besonders Primiparae fast niemals bluten, dass Operationen am schwangeren Uterus häufig nicht zum Abort führen, sowie andere mehr. Die Stellung, welche ich demnach bei Blutungen dem Trauma gebe, ist die, dass es, wenn schon in Form der Endometritis eine Ursache vorliegt, die Veranlassung zum Beginn der Haemorrhagieen werden kann. Ich mache also zwischen diesen beiden Begriffen einen Unterschied. Auch Winkel betont in seiner „Geburtshilfe“ den Satz Hegar's, dass Blutungen in der Decidua scrotina selten primär, sondern in der Regel erst Folge vorangegangener Erkrankung des Embryo's und der Decidua sind. Die erstere halte ich für weniger richtig, wie ich noch weiter unten ausführen werde.

Zu den von mir beobachteten Traumen zählen Anstrengungen aller Art, wie Heben, Gehen, Tanzen, Fensterputzen, Erschütterungen infolge von Fall auf das Gesäss oder den Leib, Fahren, Husten, Niesen, Erbrechen, Cohabitation und längere gynaekologische Untersuchungen, beispielsweise in einem Curse, ferner Blutdrucksteigerungen infolge von psychischer Erregung, wie Schreck und Ärger, sowie Alkoholgenuss. Eine Patientin blutete wiederholt, gerade wenn sie an kalten Tagen leicht gekleidet ausgegangen war.

Es scheint, dass auch Wehen recht häufig Blutungen veranlassen. Da nun bei normalen Geburten nie Haemoorhagieen auftreten, so muss auch hier wieder die Endometritis zur Erklärung derselben dienen.

Hieran anschliessend erwähne ich zwei Fälle, in denen sich nach einem Dampfbade in einem Zeitraum von 15 bzw. 30 Minuten Wehen mit Blutungen einstellten. Bei der einen Patientin hielten dieselben an und es erfolgte nach acht Tagen Abort; das Ei hatte eine verdickte Decidua, also musste die Diagnose „Endometritis" lauten. Bei der anderen Patientin hörten die Blutungen bald wieder auf, ohne wiederzukehren. Anhaltspunkte für die Annahme einer Endometritis waren nicht vorhanden.

Zu den Erkrankungen, mit welchem eine Endometritis verbunden sein kann, gehört die Placenta praevia. Bisher haben nun alle Autoren die Entstehung von Blutungen hierbei auf diese zurückgeführt, indem sie in der schnellen Dehnung des unteren Uterinsegmentes und der dadurch veranlassten theilweisen Trennung der Placenta von der Uterusinnenfläche den Grund für die Haemorrhagieen sahen. Dies ist auch wohl in allen Fällen zutreffend, wo es sich um die Austreibung des Eies handelt, vermag aber keineswegs ihre Entstehung dort zu erklären, wo zwischen ihrem Beginne und dem Aborte Monate verstreichen, wo, wie ich zweimal beobachten konnte, ihr Beginn schon in die 7. in einem 3. Falle sogar in die 5. Woche fällt. In dieser Zeit ist die Bildung des unteren Uterinsegmentes noch eine so schwache, dass man wohl zu der Ausnahme berechtigt ist, dass sie als Erklärungsgrund gänzlich unzureichend ist. Berücksichtigt man aber, dass sich in letzter Zeit mehr und mehr die Ansicht Bahn bricht, dass die Placenta praevia eine Folge der Endometritis ist, dass also umgekehrt bei jedem Vorliegen der Nachgeburt jene auch vorhanden sein muss, so liegt wieder der Gedanke nahe, die Blutungen nicht auf ersteres, sondern auf die letztere zurückzuführen,

was mit anderen Worten bedeutet, dass ersteres vor Eintritt der Geburt für die Entstehung von Haemorrhagieen gleichgiltig, letztere dagegen bedeutungsvoll ist.

In einem Falle von Placenta circumvallata war die Blutung ebenfalls auf Endometritis zurückzuführen.

Bei einer vorzeitigen Placentarlösung fand ich ebenfalls die Zeichen einer Erkrankung der Decidua serotina, auf Nephritis ist nicht untersucht worden.

Wie bei den Retroflexionen, deren ich 5 beobachtete, die Blutungen zu Stande kommen, ist leicht ersichtlich. Wenn schon bei dem nicht schwangeren retroflectirt liegenden Uterus sich infolge der Circulationsstörungen sehr häufig eine Entzündung des Endometrium entwickelt, so muss dies nach Eintritt der Conception noch weit mehr der Fall sein, namentlich wenn Incarceration eintritt. Mir gelang es in 3 Fällen, die Endometritis mit Sicherheit nachzuweisen.

Unter meinen 50 Patientinnen befand sich keine nachweisbar luetische, eine Thatsache, welche Veit's Beobachtungen bestätigt, dass die Syphilis lange nicht so häufig bei Blutungen bzw. Aborten in Frage kommt, als man früher vermutet hat. Da nun bei genannter Krankheit neben der Wucherung der Chorionrotten auch eine solche der Decidua serotina gefunden worden ist, so darf man wohl wiederum in letzterer den Grund für die Blutungen suchen.

Was die Cervixrisse anlangt, so konnte ich in 4 Fällen mit Sicherheit eine Endometritis nachweisen, in einem Falle war sie sehr wahrscheinlich.

Blutungen nach criminellen Eingriffen konnte ich nicht sicher constatiren.

Pathologische Anatomie: Eine eingehende

Besprechung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse zu geben, würde ausserhalb des Rahmens dieser Arbeit liegen; vielmehr muss ich auf Veit's „Verschiedene Schwangerschafts- und Geburtsstörungen", einen Separatabdruck aus „Handbuch der Geburtshilfe" von Müller verweisen. Für mich handelt es sich darum, den Nachweis zu führen, wieweit es mir gelungen ist, an meinen Praeparaten eine Endometritis zu finden. Im Ganzen verfügte ich über 13 Praeparate, an 12 derselben fanden sich makroskopisch in Form von Verdickungen der Decidua charakteristische Zeichen, mikroskopisch ergab der Befund Vermehrung der Drüsen oder des interstitiellen Gewebes oder Mischformen, verbunden mit kleinzelliger Infiltration; in einem Falle (13.) war an der Decidua serotina nichts nachzuweisen, die Vera und Reflexa fehlten. Einige der interessantesten Befunde lasse ich hier folgen.

Frau Z. 30 J., VII. p., 4 mal ausgetragen, 3 mal abortirt. Letzte Geburt im August 88. Letzte Regel im Mai 90. Mitte November nimmt Pat. ein Dampfbad, bekommt Wehen und Blutungen und abortirt 8 Tage später. Manuelle Lösung der Placenta. Befund: Frucht hat sich noch nach der Geburt bewegt, ist glänzend, frisch. Placenta rund, $12^1/_2$ cm im Durchmesser, in 2 gleiche Theile getheilt, deren einer dunkel blutrot ist mit regelmässiger uteriner Fläche, deren anderer blass und vielfach zerfetzt ist ohne sichere Defecte. Serotina überall dick, stellenweise verfettet. Amnion- und Chorionsack scheint vollständig zu sein, Decidua serotina stark verfettet, namentlich an der Peripherie der Placenta, wird nach den Eihäuten zu immer dünner. Von der Decidua vera nur zwei grössere, längliche, einen Thaler grosse Lappen, ebenfalls verfettet, die übrige Decidua fehlt.

Frau H., 25 J., II p., ausgetragen, letzte Geburt 2. IV. 88. Letzte Regel am 12. X. 90. Seit dem 16. XII. fast anhaltend Blutung bis zum 8. II. 91, wo die Frucht ausgestossen wurde, manuelle Lösung der Placenta.

Befund. Frucht frisch, 19 cm. Decidua in 3 Lappen getheilt. Stück I, 60 cm^2, rechteckig, deutliche Verdünnung der Decidua an der Umbiegungsstelle von einer Wand in die andere. Die Drüsenöffnungen sind erweitert und deutlich sichtbar, an der Umbiegungsstelle sogar maschig; die Gefässe sind ebenfalls stark erweitert und makroskopisch sichtbar, zu einem Drittel stark verfettet. Diese Partien sind gelbbraun gefärbt. Stück II, etwa 70 cm^2, zeigt ebenfalls eine deutliche Verdünnung an der Umschlagfalte, Gefässe und Verfärbung wie bei I. Reichliche Blutung hinter der Decidua, die an einzelnen Stellen zu knolligen Verdickungen geführt hat. Stück III 8 cm^2, Blutung hinter der Decidua. Die Placenta scheint vollständig, ist zerfetzt, Chorion und Amnion bieten nichts Besonderes. Am Rande der Placenta Blutungen hinter die Reflexa. Serotina namentlich in dieser Gegend verdickt und fettig degeneriert mit einzelnen erweiterten Drüsengängen.

Frau B., 28 J., vor $1^1/_2$ Jahren „nach Verheben" Frühgeburt im 9. Monat. Letzte Regel 16. VIII 9., Am 18. XI. heftige Unterleibsschmerzen, am Abend Blutung; seitdem fast ununterbrochen starke Haemorrhagieen bis zum 12. II. 91, wo Abort eintrat.

Befund: Frucht frisch, 36 cm, Kopfumfang 24 cm. Placenta mit der foetalen Fläche nach aussen, Eihäute nach hinten zusammengeklappt, der ganze Sack durch Blutgerinsel ausgefüllt. Bei dem Zurückschlagen der Eihäute sieht man, dass die eine Hälfte der Placenta

frei liegt, von Blutungen nicht bedeckt ist, dass dagegen in der anderen Hälfte Blutgerinsel ganz fest adhaerent sind. Diese Hälfte der Placenta ist stark comprimirt. Nach Ablösung der Blutgerinsel erscheint das Gewebe der Placenta verdünnt. Der Eihautriss sitzt ziemlich in der Mitte des Eihautsackes; vom Rande der Placenta aus gehen auf die Decidua unregelmässige, zerfetzte Blutgerinsel über, die hellbraun gefärbt sind und sich abziehen lassen. Einige grössere, stark entfärbte Blutgerinsel sitzen dem Eisacke auf. Decidua stark verdickt. Ihr Übergang in die Placenta ist wegen dieser Verdickung schwer zu erkennen.

Frau S., 40 J., VI p., 4 mal ausgetragen, 2 mal abortiert, zuletzt vor 1 Jahre. Letzte Regel am 29. III. 90. Seit Mitte September Blutung, seitdem fast ununterbrochen anhaltend, stark, Abort am 18. I. 91.

Befund: Frucht (in Steisslage geboren) frisch, 27 cm, Verletzung am Unterkiefer. Placenta rund, 12 cm Durchmesser, mit mässig verdickter, grauweisslicher Serotina überkleidet, vollständig, teilweise zerfetzt. Eihäute und Nabelschnur etwas missfarben, Eihautreste ungleichmässig, 4—5 cm im grössten Theile der Peripherie. An der atrophischen Stelle der Placenta (siehe unten) noch cc. $^1/_2$ cm Eihäute, sehr zerrissen, so dass die Vollständigkeit schwer zu beurteilen ist. Decidua reflexa mit der Schleimhautfläche nach aussen sitzt in der Nähe der Peripherie der Placenta dem Eihautsacke noch auf: Decidua vera nicht darzustellen. An einem Drittel der Peripherie der Placenta sitzen frische und auch verfärbte Blutgerinsel. In cc. 12 cm der Peripherie befindet sich ein halbmondförmiger Theil der Placenta, der in der Mitte etwa 3 cm breit, atrophisch und abgeplattet, zusammen-

geschoben ist; in der Umgebung desselben sitzen die meisten Blutgerinsel Auf dem Durchschnitt zeigt dieser Teil der Placenta deutliche Chorionzotten.

Frau D., 25 J., V. p., 3 mal ausgetragen, dann zweimal abortirt, zuletzt 7. II. 90. Letzte Regel am 20. XII. 90. Seit 16. II. 91 Blutung, anfang schwach, später immer stärker. Wegen sehr starken Blutverlustes am 30. III. Tamponade, am 31. III. Ausräumung in Narkose.

Befund: Ansatzstelle der Decidua serotina ungefähr Dreimarkstück gross, stark verdickt. In diese selbst, sowie in die eigentliche Placenta haben starke Blutungen stattgefunden, sodass letztere auf dem Durchschnitte eine Dicke von mehr als einem Centimeter hat. Verfettungen sind nicht nachweisbar. Eihöhle ist nicht aufzufinden.

Frau R. 34 J., III p., letzte Geburt im Januar 89. Die letzte Regel ist mit Sicherheit nicht festzustellen. Wiederholt stärkere Blutungen, Abort am 20. I. 91.

Befund: Mannsfaustgrosses, intactes Ei. An der Insertionsstelle lässt sich bis auf eine kleine Strecke die Decidua (vera) lösen, welche ihre glatte Fläche der glatten Fläche der Reflexa zukehrt. Von einer weiteren Lösung wird wegen der leichten Zerreissbarkeit abgesehen. Die Oberfläche des Eies ist mit Decidua überkleidet, welche rauh ist und z. T. anhängende kleine Fetzen zeigt. Die Dicke der Decidua-Überkleidung ist sehr ungleich, an kleinen Stellen fehlt sie ganz und das Amnion liegt bloss. Rings herum ist sie so dünn, dass der Eiinhalt durchschimmert, letzteres an einzelnen Stellen bis zur Ausdehnung eines Fünfpfennigstückes; an anderen Stellen ist die Decidua als fleischige Membran zu erkennen. — So ist mehr als die Hälfte der Oberfläche beschaffen, der

übrige Teil (ein breiter, von der Insertion zur Eispitze ziehender Streifen) ist von schmutzig gelber Farbe. Die Oberfläche ist hier besonders rauh mit anhängenden Fetzen. Der Übergang in das andere deciduale Gewebe geschieht allmählich (ob Blut oder Decidua) ist makroskopisch nicht zu erkennen. Nahe der Eispitze ist die Decidua in der Ausdehnung eines Zweimarkstückes besonders verdickt (nach dem Gefühl 1 cm). Sie liegt zum grösseren Teile im Bereich der roten, zum kleineren in dem der gelben Oberfläche. Innerhalb dieses Bezirkes ist die Oberfläche teils frischrot, teils opakgelb. Der Übergang nach der Peripherie geschieht allmählich.

Symptome. Zu den die Blutungen begleitenden Allgemeinerscheinungen gehören Fieber, Frost, Unbehagen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Nervosität, Blutandrang nach dem Kopf, Schwindel, Zittern, psychische Depression. Manche derselben sind ja auch Begleiterscheinungen der Endometritis im nicht schwangeren Zustand, doch sind sie in der Gravidität meist stärker ausgesprochen. Ausserdem klagen die Patientinnen häufig über Kreuzschmerzen, Drängen nach unten, Gefühl als ob eine Kugel im Leib hin und herrolle, oder als ob sie einen Stein in ihm hätten. Letztere Symptome sowie Fieber- und Frostgefühl mit allgemeinem Unbehagen sind wohl oft als Zeichen des eingetretenen Fruchttodes oder des bevorstehenden Abortes gedeutet worden. Dies ist aber keineswegs richtig, denn Frauen mit denselben Symptomen habe ich wiederholt austragen gesehen. Demnach kann als diagnostisches Merkmal für den Tod der Frucht nur das mangelhafte oder ganz ausbleibende Wachsthum des Uterus Bedeutung haben.

Der Ausfluss fehlt wohl nie ganz, ist aber an Stärke

sehr verschieden. Häufig sieht er schleimigeitrig, noch öfter aber blutig gefärbt aus. Zuweilen verbreitet derselbe einen stinkenden Geruch, die Frucht kann dabei abgestorben sein, kann aber auch noch leben und ausgetragen werden.

Die Blutungen zeigen die grösste Verschiedenheit in Bezug auf Stärke, Aussehen und Dauer. Oft beginnen dieselben ganz allmählich und nehmen bis zum Abort an Intensität zu, oft setzen sie auch sofort mit sogenannten Blutstürzen ein, bei denen sich innerhalb weniger Minuten mehr als ein halber Liter entleert. Das abgeflossene Blut hat auch eine verschiedene Farbe und spielt zwischen hellrosa, rot, braun und schwarz. Es ist entweder flüssig oder congulirt. Häufig bemerken die Frauen in denselben „Fasern“ und „Hautfetzen“.

Meist treten die Haemorrhagieen ganz unregelmässig mit und ohne erkennbare Veranlassung, häufig aber auch zu ganz bestimmten Tageszeiten auf. Manche Frauen bluten mehr, wenn sie im Bette liegen, manche wenn sie aufstehen oder umhergehen, einige können bei sorgfältiger Schonung wenigstens für einige Zeit die Blutungen vermeiden, andere wieder machen sich tüchtig im Haushalt zu schaffen, um dieselben zum Stehen zu bringen. In der Zeit zwischen zwei Haemorrhagien haben die Frauen fast immer über mehr oder weniger blutig gefärbten Ausfluss zu klagen. Ersteren gehen in der Regel deutlich wahrnehmbare Wehen voraus, die namentlich in den Fällen, wo Blutklumpen ausgestossen werden, besonders stark ausgesprochen sind.

Es ist nun ganz unmöglich, aus der Art der Blutungen und dem Zeitpunkt ihres Eintrittes irgend welche Schlüsse in Bezug auf etwaige Complicationen der Endome-

tritis, wie Placenta praevia, ziehen zu können. Bei dieser beginnen jene nämlich ebenso atypisch, als wenn sie garnicht vorhanden wäre, und die Annahme, dass bei vorliegender Nachgeburt die Blutungen immer heftig und schnell eintreten, kann durch meine Beobachtungen nicht bestätigt werden, ebensowenig wie die, dass dieselben erst gegen die 28. Woche auftreten. Wahrscheinlich wird bei früh eintretenden Blutungen mit Abort das Vorhandensein einer Placenta praevia häufig garnicht erkannt.

Bei den mit Retroflexio complicierten Blutungen treten diese häufig gegen die übrigen Symptome zurück. Ob die Thatsache, dass bei den von mir behandelten Fällen nie eine stärkere Blutung stattgefunden hat, auf Zufall beruht, will ich nicht entscheiden.

Verlauf und Ausgang.

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft kann man im Allgemeinen immer eine Verstärkung der unter den allgemeinen Symptomen geschilderten Beschwerden beobachten. Hie und da werden sie, besonders bei gleichzeitig vorhandener Hyperemesis so bedenklich, dass eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft dringend geboten erscheint.

Die Blutungen wiederholen sich meist in unregelmässigen Zwischenräumen, doch nehmen sie im weiteren Verlaufe, da, wo es zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft kommt, meist an Dauer und Intensität immer mehr zu. Die Frauen werden durch diese anhaltenden Blutverluste mit der Zeit ausserordentlich schwach und hinfällig, durch die Erfolglosigkeit der Therapie missmuthig und hoffnungslos, durch die Sorgen

um die Erfüllung ihrer häuslichen Geschäfte psychisch deprimirt. In der weitaus grösseren Mehrzahl dieser Fälle erfolgt dann nach längerer oder kürzerer Zeit die vorzeitige Ausstossung des Eies. In einer geringeren Anzahl von Fällen, nämlich wenn die Frauen austragen, findet man aber die allgemeinen Symptome nicht in der eben geschilderten Stärke auftreten, oder wenigstens nicht lange anhalten. Besonders wichtig erscheint mir aber die Beobachtung, dass von diesen Frauen, deren Zahl sich auf 10 beläuft, in der 2. Hälfte der Schwangerschaft nur 2 geblutet haben und zwar beide äusserst wenig. Was die Stärke der Haemorrhagien in der ersten Hälfte betrifft, so waren dieselben meist sehr gering, in 3 Fällen aber recht bedeutend, in keinem der letzteren fand aber in der 2. Hälfte der geringste Blutverlust statt. Bei einer der betreffenden Patientinnen konnte ich im 3. und 4. Monat ihrer Schwangerschaft 4 Wochen lang eine tägliche, ganz bedeutende Blutung — „Blutsturz“ — beobachten. Plötzlich hörte dieselbe aber ganz spontan auf, ohne wiederzukehren; die Frau fühlte sich ganz wohl und kam mit ausgetragenen Zwillingen nieder. In allen Fällen, wo stärkere Blutungen in die 2. Hälfte der Gravidität mit hinübergenommen wurden, sah ich auch Abort eintreten.

Was die Dauer der Blutungen betrifft, so lässt sich dieselbe nur schwer bestimmen, da diese oft mit Zeiten wechseln, wo sie vollkommen stehen. Doch ist gewiss die Mittheilung von Interesse, dass ich zweimal eine ununterbrochene Blutung von 13 bzw. 18 Wochen beobachtet habe.

Trotz der Haemorrhagien haben von meinen 50 Patientinnen doch 10 d. i. 20 % ausgetragen. Von den

übrigen abortirten 36 spontan, bei vieren wurde die Schwangerschaft künstlich unterbrochen, diese mit eingerechnet, haben wir dann 40 Aborte, d. i. 80 % aller Fälle.

Die Aborte vertheilten sich folgendermaassen auf die einzelnen Monate:

im	3.	Monat	8
„	4.	„	17
„	5.	„	4
„	6.	„	7
„	7.	„	2
„	8.	„	2

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass die grössere Mehrzahl der Aborte im 3. und 4. Monat eintritt, wie dies auch die allgemeine Ansicht ist.

Was die Frucht anlangt, so war ich nur in 5 Fällen in der Lage, infolge eigner Besichtigung oder Erkundigungen bei den Patientinnen oder Hebammen cadaveröse Erscheinungen an jener constatiren zu können, sonst war sie immer glatt und glänzend und entsprach an Grösse der Dauer der Schwangerschaft. Sollten längere Beobachtungen zu einem gleichen Ergebnisse führen, so würde daraus zu folgern sein, dass Blutungen, selbst wenn sie sehr profus sind, nur relativ selten die Frucht zum Absterben bringen. Diese Thatsache wäre dann für die Behandlung der Blutungen, bezw. des drohenden Abortes von Wichtigkeit, worauf bei Besprechung der Therapie noch näher eingegangen werden soll. Wieweit mit eben dieser Thatsache die Ansicht von Winckel, Martin und Veit vereinbar ist, dass der Abort die Folge des Fruchttodes sei, will ich unentschieden lassen, da sich die Frucht nach dem Tode einige Tage

bis einige Wochen lang, je nach ihrer Grösse vollkommen frisch erhalten kann; wenn aber Veit's Ansicht richtig ist, dass zwischen Fruchttod und Wheneintritt einige Tage vergehen, so müsste doch in den Fällen, wo die Frucht schon drei Monat alt ist, irgend eine Veränderung an derselben wahrehmbar sein, was nach meinen Erfahrungen nicht stimmt. Sicher aber sprechen meine Beobachtungen gegen die Annahme, dass die Syphilis eine häufige Ursache des Abortes sei, denn dann müssten sich viel häufiger Veränderungen an der Frucht zeigen, da doch die Lues durch primäres Absterben des Foetus die Unterbrechung der Schwangerschaft veranlassen soll. Aber auch bei den habituellen Aborten kam die Syphilis entgegen den Anschauungen Winckel's, Schroeder's und anderer nicht die ihr bisher beigelegte Bedeutung haben, weil die habituellen Aborte nach meinen Beobachtungen immer in jene Monate der Schwangerschaft fallen, in welchen die Lues noch keine Veränderungen an der Frucht oder den Eihäuten hervorzurufen pflegt. Nur in einem meiner Fälle war bei einer Zweitgebärenden, die schon einmal abortirt hatte, der Fruchttod im 6. Monat eingetreten. Zeichen für Lues fehlten aber bei der Frau.

Prognose:

Für die Mutter ist die Prognose als günstig zu bezeichnen, nur selten konnte ich noch lange nach dem Aborte eine durch den überaus starken Blutverlust verursachte Anaemie nachweisen, die aber immer mit der Zeit verschwand.

Für die Frucht stellt sich die Prognose weit weniger günstig. Wie schon oben angeführt wurde, wird dieselbe nach meinen Erfahrungen in 80 bew. 72 % aller Fälle vorzeitig ausgestossen und stirbt. Hierzu rechne ich

auch 2 Frühgeburten aus dem 8. Monat, wo die Frucht das eine Mal macerirt war, das andere Mal bei einer Placenta praevia nach der Wendung abstarb. Von den ausgetragenen Kindern wurde eins todt geboren.

Was den Einfluss der Blutungen auf das Weiterleben der Frucht betrifft, so kann man wohl aus der Thatsache, dass sie unter den 40 Aborten nur 5 mal abgestorben war, mit einiger Berechtigung den Schluss ziehen, das jene auf das Leben des Foetus nicht den Einfluss ausüben, welchen man ihnen früher zugeschrieben hat. Dagegen muss man bei stärkeren Blutungen immer die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft befürchten. Zweifel's Ansicht, dass dies immer eintritt, kann ich jedoch nicht bestätigen, da ich in 3 Fällen die Frauen trotz beträchtlicher Blutungen lebende Kinder austragen sah. Diese Blutungen fielen aber alle in die 4 ersten Schwangerschaftsmonate, sodass Zweifel's Satz dahin modificirt werden muss, dass nur dann Aussicht auf Erhaltung der Schwangerschaft vorhanden ist, wenn nach dem 4. Monat keine stärkeren Blutungen mehr auftreten. Diese Thatsachen sind für die Therapie, welche ich nunmehr zu sprechen komme, von grosser Wichtigkeit.

Therapie.

Die Behandlung der Blutung ist zugleich die Behandlung des drohenden Abortes. Sie ist nach meinem Dafürhalten eine wesentlich verschiedene, je nachdem die Frucht abgestorben ist oder nicht. Ist Ersteres der Fall, so sollte man sofort das Ei zu entfernen suchen. Die Erfahrung Zweifel's und Spiegelberg's, dass nach dem Tode der Frucht die Blutungen geringer zu werden pflegen, kann ich keineswegs bestätigen, sondern fand, dass im Gegenteil dieselben noch

weit stärker wurden als sie vorher gewesen waren: nimmt man dazu, dass sich die Frauen oft noch wochenlang ganz zwecklos mit dieser Last schleppen müssen, nur um am Ende doch noch einen operativen Eingriff über sich ergehen lassen zu müssen, so wird man sich wohl in der Regel, da ja heut' zu Tage die Einleitung eines Abortes von kundiger Hand als kein gefährlicher Eingriff bezeichnet werden kann, zu diesem Schritt entschliessen. Anders liegen die Verhältnisse, solange die Frucht noch lebt. Hier würde man sich in den ersten 4 Monaten wohl nur in den äussersten Fällen, z. B. bei unstillbaren Erbrechen oder bei hochgradiger Anaemie, zur Einleitung des Abortes entschliessen dürfen, sonst alles versuchen müssen, den letzteren aufzuhalten. Setzen sich dagegen die Metrorrhagien auch in den 5. und 6. Monat fest, so ist wenigstens nach meinen Erfahrungen jede Hoffnung auf Erhaltung der Schwangerschaft eine nichtige, und deshalb, um weiteren unnöthigen Blutverlusten vorzubeugen, die Unterbrechung derselben indicirt. Auch Graefe hat im vorigen Jahre die Einleitung des Abortes in den Fällen vorgeschlagen, „wo die Frucht bereits abgestorben ist oder derartig profuse wochenlang ohne jede oder nur mit kurzen Unterbrechungen anhaltende Metrorrhagien bestehen, dass entweder der spontane Abgang der Frucht zu erwarten oder eine chronische Anaemie zu befürchten ist". Wie aus Obigem ersichtlich ist, deckt sich Graefe's Anschauung nicht ganz mit der meinigen.

Die Therapie der Blutungen richtete sich in meinen Fällen wie gewöhnlich nach den aetiologischen Momenten des Abortes, so wurde z. B. bei Retroflexio uteri gravidi zunächst immer Opium bis zu 0,15 am Tage gegeben,

und dann nach Aufrichtung des Uterus ein Pessar eingeführt, die Weiterbehandlung bestand in Ruhe und Opiumgaben. Bei Descensusbeschwerden schien die Einlegung eines Meyer'schen Ringes zuweilen auch auf die Blutungen einen günstigen Einfluss auszuüben.

Im übrigen wurden alle Blutungen derartig behandelt, dass den Patientinnen dringend Bettruhe anempfohlen wurde, und ausserdem täglich 2 Stuhlzäpfchen zu 0,05 Opii puri verordnet wurden. Im Ganzen wurden 27 derartig behandelt. Die dadurch erzielten Erfolge sind jedoch keineswegs als glänzende zu bezeichnen, denn nur in 2 Fällen liess sich mit Wahrscheinlichkeit eine dauernde Wirkung feststellen. Es betraf dies 2 Frauen, welche beide an so ausserordentlich schmerzhaften Wehen litten, dass die eine mir erzählte, sie sei „aus einer Ohnmacht in die andere gefallen", die andere, sie sei vor Schmerzen aus dem Bett aufgesprungen und einige Zeit darauf bewusstlos in einer Ecke des Zimmers aufgefunden worden. Beide Frauen hatten nur wenig geblutet, ihre Schmerzen wurden durch Opium gestillt, und diese wie die Blutungen kamen nicht wieder. In den übrigen 25 Fällen konnte ich 12 Mal eine anfängliche, nie aber eine dauernde Besserung constatiren. Mir scheint demnach die Wirkung des Opiums von solchen Eventualitäten abgesehen, wie sie oben beschrieben wurden, eine sehr problematische. Man kann eben die wirksamen Dosen nicht dauernd geben, ohne der betreffenden Patientin erheblich zu schaden.

II. Retentio placentae.

Zu den häufigsten Complicationen eines Abortes zählt bekanntlich das Zurückbleiben von Eihautresten. Über die unbedingt notwendige sofortige Entfernung derselben herrscht heut zu Tage ja in Fachkreisen volle Übereinstimmung. Nun kommt es aber gar nicht so selten vor, dass nach Ausstossung der Frucht der Cervix sich wieder schliesst und die ganze Placenta im Uterus zurückbleibt. Früher glaubte man auch hier immer sofort operativ einschreiten zu müssen, weil man eine Zersetzung in der Uterushöhle und eine darauf folgende allgemeine Infection fürchtete. Seitdem aber durch Winter nachgewiesen worden ist, dass sich für gewöhnlich in jener keine Infectionskeime befinden, lag der Gedanke ziemlich nahe, dann, wenn man eine solche ausschliessen konnte, bei geschlossenem Cervicalkanal die Placenta ruhig sitzen zu lassen und die spontane Ausstossung derselben abzuwarten. Diesem expectativen Verfahren ist nun in der hiesigen Poliklinik in den letzten Jahren dann immer gefolgt worden, wenn die oben angegebenen Voraussetzungen eintrafen. Das Ergebniss dieses therapeutischen Verfahrens werde ich im folgenden mitzutheilen haben. Die

Diagnose

wird in der Regel wohl keine allzugrossen Schwierigkeiten machen. Zunächst muss schon die Angabe der Frauen, dass sie zwar die Frucht verloren, jedoch von der Nachgeburt nichts gesehen hätten, auf dieselbe hinweisen. Da es jedoch nicht gerade selten vorkommt, dass letztere ganz unbemerkt namentlich auf dem Closet abgeht, so darf man sich nicht zu sicher

darauf verlassen. Der objective Befund ergiebt im Wesentlichen eine beträchtliche Vergrösserung des Uterus, wie dieselbe nach Ausstossung des ganzen Eies meist nicht erwartet werden kann. Dabei ist der Uterus von einer Consistenz, welche zwischen der des schwangeren und des sich rückbildenden liegt, dieselbe wird aber im Laufe der Zeit immer härter, also dem nichtschwangeren Uterus ähnlicher, wobei zugleich auch eine geringe Verkleinerung erkennbar wird. In der Form unterscheidet er sich vom schwangeren dadurch, dass er von vorn nach hinten platter wird. Portio und Vagina erhalten sich succulent im Gegensatz zu den Fällen, wo nur Reste der Placenta zurückbleiben. Zuweilen contrahirt sich der Uterus bei der Palpation.

Symptome und Verlauf.

Das Allgemeinbefinden der Patientinnen war meistens wenigstens im Anfang ein recht gutes. Sie hatten nicht die geringsten Beschwerden und konnten ohne Mühe ihren Pflichten als Hausfrauen nachkommen, kurz, sie merkten überhaupt garnichts davon, dass sie die Nachgeburt noch mit sich trugen. Bei manchen blieb nun dieses Befinden andauernd ein gutes, bei anderen aber trat hauptsächlich wohl in Folge der Blutverluste mit der Zeit Mattigkeit und Schwäche ein, die zuweilen sogar recht bedenklich wurde. Oft traten mit der Zeit auch mehr oder weniger heftige Schmerzen im Kreuz, Drängen nach unten, krampfartige Schmerzen und Ziehen im Leibe auf. Der Ausfluss war meist vorhanden und fast immer blutig gefärbt. Was die Blutungen anlangt, so traten dieselben ausserordentlich verschieden auf. Einige Patientinnen bluteten überhaupt erst einen Tag oder mehrere Stunden vor der Ausstossung, andere wieder

vom ersten Tage ab fast ununterbrochen. Sehr häufig waren die Haemorrhagien anfangs mässig stark, hörten dann eine Zeit lang ganz auf, um später dann wieder in beträchtlicher Stärke aufzutreten. Die Blutungen erfolgten fast immer spontan, Ruhe oder Bewegung übte auf dieselben kaum einen Einfluss aus. Recht häufig traten aber die sogenannten Blutstürze ein, bei welchen die Frauen zuweilen ganz ausserordentlich viel Blut verloren, wenn auch wohl hier und da etwas übertrieben worden sein mag. Die Menge desselben pflegen sie nach dem Nachtgeschirr abzuschätzen. So erzählte mir eine derselben, dass die bei einem solchen Blutsturze verlorene Menge wohl zwei dieser Geschirre gefüllt haben würde — eine andere, dass das Blut durch das Bett auf den Boden geflossen sei. Im allgemeinen kann man constatiren, dass die Haemorrhagien gegen das Ende zu bedeutend heftiger werden, oft so stark, dass unverzüglich die Entfernung der Placenta vorgenommen werden muss. In seltenen Fällen kann die durch die bedeutenden Blutverluste verursachte Anaemie eine chronische werden, wie ich dies bei einer Frau beobachten konnte, deren Krankengeschichte ich kurz erzählen möchte. Frau S., 41 J., abortirte, nachdem sie 8 mal ausgetragen hatte, i. J. 1886 im 5. Monate der Gravidität; die Placenta blieb 6 Monate im Uterus. Patientin blutete aber andauernd so stark, dass sie sich in ein Krankenhaus aufnehmen liess, wo die Nachgeburt entfernt wurde. Im Jahre 1888 abortirte sie im 4. Monat, die Placenta wurde 3 Monate später ebenfalls wieder wegen starker Haemorrhagien entfernt. Dasselbe wiederholte sich in den beiden nächsten Jahren noch zwei Mal, wobei die Nachgeburt 10 bezw. 9 Wochen im Uterus blieb.

Einen anderen recht interessanten Fall möchte ich auch noch hier anführen. Es handelt sich um eine immer normal menstruirte Frau, welche dreimal ausgetragen und einmal abortirt hatte und zwar im Juli 1889. Von Januar bis Ende Mai 1890 hat Pat. keine Menses gehabt. Von da an begann sie in allmählich immer kürzeren Zwischenräumen zu bluten. Den Abgang der Frucht hat sie nicht bemerkt. Seit September bekam sie häufiger Schmerzen, Drängen nach unten und Wehen.

Bei der am 26. XI. vorgenommenen Untersuchung fand sich, dass der Uterus an Grösse dem Anfang des 5. Monats entsprach und sich bei der Palpation contrahierte, dabei drang aus dem Cervix grünlich gefärbter Schleim. Vier Tage darauf stellten sich kräftigere Wehen ein, und es erfolgte in Gegenwart eines Hauspraktikanten der Frauen-Klinik die spontane Ausstossung der Placenta; von der Frucht ist nichts gefunden worden. Die Nachgeburt war handtellergross, an den Rändern etwas nach der foetalen Seite zu umgeschlagen, ganz frisch, nur etwas verfettet, die Eihäute fehlten.

Was das Alter der ausgestossenen Früchte betrifft, so waren 4 aus dem 3., 13 aus dem 4. und 3 aus dem 5. Monat.

Die Dauer der Retention war sehr verschieden, sie schwankt zwischen $1^1/_2$ und ungefähr 32 Wochen, und zwar betrug dieselbe 1 mal $1^1/_2$ W., 3 mal 2 W., 1 mal $2^1/_2$, 1 mal 3, 1 mal $3^1/_2$, 2 mal 4, 1 mal 5, 1 mal 8, 1 mal 9 (resp. 10, resp. 14, resp. 26 W.), 1 mal 10, 1 mal $11^1/_2$, 1 mal 12, 1 mal 13, 1 mal 19, 1 mal 20 und 1 mal ungefähr 32 W., im letzteren, oben schon beschriebenen Falle ist also die Placenta 2 Monate über die normale Dauer der Schwangerschaft im Uterus geblieben.

Ausgang

Derselbe besteht in der Entleerung der Uterushöhle. 5 mal erfolgte sie spontan, 15 mal musste die Ausräumung vorgenommen werden. Von letzteren 15 habe ich bei 9 Frauen über letztere etwas Genaueres erfahren und dabei constatiren können, dass 3 mal vor der Ausräumung tamponirt, 3 mal Laminaria eingelegt wurden, während in den 3 übrigen Fällen sofort die Entleerung der Uterushöhle vorgenommen werden konnte

Meistens war der operative Eingriff durch die Blutungen bedingt, sei es, dass dieselben durch ihr plötzliches und heftiges Auftreten die Umgebung beängstigsten und dieselben zum Arzt trieben, sei es, dass sich infolge der anhaltenden Blutverluste eine bedenkliche Schwäche entwickelte, der durch Entfernung ihrer Ursache entgegengewirkt werden musste. In vereinzelten Fällen indicirten aber die zunehmenden, äusserst quälenden Schmerzen, namentlich im Kreuz, sowie anhaltende oder sich verstärkende psychische Depression ein operatives Eingreifen.

Bei der spontanen Ausstossung kommt die Nachgeburt durchaus nicht immer als Ganzes, sondern auch häufig in mehreren Stücken. Bei der jedesmaligen Abstossung eines solchen erfolgt dann eine heftige Blutung. Unter 5 Fällen von spontaner Ausstossung kam die Placenta 3 mal als Ganzes, 2 mal in Stücken.

Pathologische Anatomie.

Was das Aussehen betrifft, so fällt zunächst auf, dass man an den Placenten nie irgendwelche Fäulnisserscheinungen entdecken kann; dieselben sehen im Gegentheil so frisch aus, als wären sie gleich nach der Frucht

geboren worden. Alle Einzelheiten, Decidua serotina Chorionzotten, sowie etwaige pathologische Veränderungen sind ganz deutlich wahrnehmbar. Zur Erläuterung will ich hier einige Befunde anführen. Frau M., 36 J., XI p., 5 mal abortirt, 6 mal ausgetragen, zuletzt Mitte des Jahres 90. Am 18. XII. 90 abortirte sie im 3. Monat, die Nachgeburt hat sie nicht gesehen. Am 26. XII. Status: Portio mässig weich, Uterus liegt normal, entspricht an Grösse dem 2. Monat, mässig hart. Äusserer Muttermund geöffnet, Cervicalkanal geschlossen, Abgang von blutigem Schleim.

Patientin blutete mässig, klagte aber über täglich 1—2 mal auftretende einige Minuten dauernde äusserst heftige Kreuzschmerzen, die im Laufe der Zeit immer häufiger auftraten und schliesslich gar nicht mehr wichen. Weil Patientin schliesslich sehr herunterkam, wurde die Nachgeburt nach Erweiterung des Cervicalkanals durch Laminaria manuell entfernt. (4. III. 91). Placenta über wallnussgross, zusammengedrückt, über ihre foetale Fläche auseinandergefalten, verschieden dick: $\frac{1}{2}$—2 cm. Die foetale Fläche zeigt eine stark gelblich gefärbte, verfettete Chorionschlussplatte, die uterine Fläche zeigt eine stark granulirte, speckig aussehende Decidua serotina. Auf dem Durchschnitte zieht das speckige Decidua-Gewebe weit in die Placenta hinein. Zwischen diesen Bindegewebszügen befinden sich Chorionzotten in atrophischem Zustande. Mikroskopischer Befund: In ihrer ganzen Ausdehnung lässt die Placenta Fibrin erkennen, das die Chorionzotten umgiebt. Diese zeigen die verschiedensten Grade der Rückbildung, ihre Gefässe sind vollkommen obliterirt, das Epithel ist nur noch stellenweise erhalten. Die Spindelzellen der Zotten sowie der Decidua sind gut

zu erkennen. An einigen Stellen findet sich eine kleinzellige Infiltration.

Frau K., 34 J., 5 mal ausgetragen, zuletzt im August 88. Am 7. VII. 90 Abgang der 4 monatlichen Frucht, Placenta nicht bemerkt. Patientin blutete bis zum 27. XI. 90 fast anhaltend, oft sehr stark, Allgemeinbefinden meist gut. An besagtem Tage traten kräftige Wehen auf, verbunden mit starken Blutungen, wodurch die Placenta in mehreren Stücken ausgestossen wurde, von denen Patientin das grösste mit zur Poliklinik brachte: Ein $5^1/_2$ cm langes, 3 cm breites und 1,3 cm dickes Stück Placenta. Die Oberfläche ist grau, theils rothgrau gefärbt, mehrfach eingekerbt, mit ganz unregelmässiger, körniger Oberfläche. An der anderen Fläche ist die eine Hälfte von demselben Aussehen, auf derselben befinden sich mehrere zottenartige Hervorragungen ähnlich denen der Blasenmole; die andere Hälfte ist rauh, zottig (war dem Uterus adhaerent). Auf dem Durchschnitt erweist sich die Decidua serotina stark verdickt, unterhalb derselben finden sich grosse, cavernöse mit Blut gefüllte Hohlräume.

In einem 3. Fall war ebenfalls Verdickung der Serotina zu erkennen. Die übrigen Placenten habe ich nicht gesehen. Ob erstere sich immer findet, und ob in ihr der Grund für das Festhaften der Placenta zu suchen ist, muss unentschieden gelassen werden.

Die Decidua vera scheint sich verschieden zu verhalten, d. h. sie scheint zuweilen, nach Äusserungen der Patientinnen zu schliessen, mit ausgestossen zu werden. Ich selbst habe dies nie beobachten können und halte es nicht für unwahrscheinlich, dass sich dieselbe in das normale Endometrium zurückbildet. Letzteres glaube ich deshalb annehmen zu können, weil fast nie mit der Pla-

centa auch Deciduastücke ausgestossen werden, und weil man auch bei genauem Nachfragen meist nicht erfahren kann, dass schon vorher mit dem Blute „Hautfetzen“ abgegangen sind. Die

Folgen

der Retentio placentae nach Beseitigung der letzteren äussern sich zunächst hie und da in unregelmässigen Blutungen. Es sind das diejenigen Fälle, in denen die Ausräumung nicht vollständig gelingt, und die zurückgebliebenen Reste zu Metrorrhagien Veranlassung geben. Sie müssen dann sofort entfernt werden. Hiervon abgesehen kann man bei der grösseren Mehrzahl der Patientinnen bezüglich ihrer Menstruationsverhältnisse sowie ihres Allgemeinbefindens keinerlei nachtheilige Wirkungen constatiren. Zuweilen aber bleibt als Folge doch eine Endometritis zurück, die in Form von stärkerer oder schmerzhaften Regel in die Erscheinung tritt. In 18 Fällen, wo ich über das Befinden der Patientinnen etwas in Erfahrung bringen konnte, war dasselbe 14 mal durchaus befriedigend, 1 mal trat nach Entfernung der nach der Ausräumung zurückgebliebenen Reste wieder normale Regel ein, in einem anderen Falle wurde dieselbe stark und anticipirend, 1 mal entwickelte sich eine chronische Anaemie, nämlich bei der oben angeführten Patientin, welche 4 mal wegen Retentio placentae behandelt wurde. Wiederholt blieb aber noch eine gewisse Schwäche zurück, die sich erst nach und nach verlor. Von 16 der Frauen habe ich bezüglich späterer Conception noch etwas in Erfahrung bringen können. Von diesen wurden bis Mitte vorigen Jahres 8, also die Hälfte, wieder schwanger, aber nur 3 derselben trugen aus, die anderen abortirten, die eine sogar noch 8 mal.

Es ist aber zu bemerken, dass von diesen 5 Frauen drei schon vorher wiederholt abortirt hatten, während die beiden anderen vorher nie abortirten, nachher aber noch einmal, bzw. 8 mal. In den beiden letzten Fällen scheint also die Retentio placentae auf das spätere Austragen von schädlicher Wirkung gewesen zu sein.

Bei der Schlussbetrachtung drängt sich nunmehr die Frage auf, ob nach den gewonnenen Ergebnissen bei Retention der Placenta das expectative Verfahren rathsam ist oder nicht. Hier ist nun in erster Linie auf den Ausgang hinzuweisen, der in 75% aller Falle schliesslich doch noch einen operativen Eingriff nöthig machte, welcher wiederum in 66% dieser Falle durch Tamponade oder Einlegung von Laminaria eingeleitet wurde.

Des weiteren muss daran erinnert werden, dass sich hier und da doch mit der Zeit recht erhebliche Beschwerden in Form von Kreuzschmerzen und Schwächezuständen einstellten, und dass ausserdem die häufig auftretenden starken Blutverluste für die Frauen auch nicht ganz unbedenklich sind. Erwägt man ferner, dass einmal eine Endometritis, einmal eine chronische Anaemie und zweimal spätere Aborte die Folge der Retentio placentae gewesen sind, so kann die Entscheidung wohl nur dahin gefällt werden, dass bei Retentio placentae mit geschlossenem Cervix sofort die Nachgeburt zu entfernen ist.

Zum Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, wenn ich Hrn. Geheimrath Olshausen für die gütige Überlassung des Materials und insbesondere auch Hrn. Dr. Winter für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit bestens danke.

Thesen.

I.

Habituelle Aborte werden in den meisten Fällen durch Endometritis hervorgerufen.

II.

Bei Retentio placentae muss sofort operativ eingegriffen werden.

III.

Traumen führen nur dann während der Schwangerschaft zu Blutungen, wenn eine Endometritis decidua vorliegt.

Litteraturangabe:

Schroeder, Geburtshilfe.

Martin, Geburtshilfe.

Spiegelberg, Geburtshilfe.

Zweifel, Geburtshilfe.

Winkel, Geburtshilfe.

Veit, Verschiedene Schwangerschafts- und Geburtsstörungen.

Lebenslauf.

Verfasser, EMIL WEPPLER, reformirter Confession, wurde am 1. Oktober 1867 zu Barmen, Rheinprovinz, als Sohn des Spitzenfabrikanten ROBERT WEPPLER geboren. Seine gymnasiale Ausbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Barmen, woselbst er Ostern 1887 das Reifezeugniss erhielt. Er widmete sich dem Studium der Medizin in Würzburg, Tübingen, Bonn und Berlin. Im Sommer 1889 bestand er in Tübingen die ärztliche Vorprüfung, im Winter-Semester 1890/91 in Berlin das Tentamen medicum und Examen rigorosum.

Er besuchte die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

Würzburg: DECKER, FISCHER, KOHLRAUSCH, KÖLLICKER, SACHS, SEMPER; Tübingen: BRAUN, EIMER, FROREIP, GRÜTZNER, HENKE, HÜFNER. MEYER; Bonn: DOUTRELEPONT, KÖSTER, SAEMISCH, SCHULTZ, TRENDELENBURG, VEIT, WITZEL; Berlin: v. BARDELEBEN, v. BERGMANN, GERHARDT, LASSAR, LEWIN, v. NOORDEN, OLSHAUSEN, SCHWEIGGER, SENATOR, VIRCHOW, WINTER.

Allen seinen Lehrern spricht Verfasser hiermit am Schlusse seines Studiums herzlichen Dank aus.